

## INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ N° de S.S. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_  
Dirección de email (escriba claramente) \_\_\_\_\_  
Estado civil \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre / Mujer \_\_\_\_\_ Nombre de los padres, si es menor \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**\*Contacto de Emergencia** \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Relación con Usted \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_

**\* Fecha de la Lesión o Inicio del Problema** \_\_\_\_\_

Fecha de la Cirugía o Visita a la Sala de Emergencia \_\_\_\_\_

\*Derivado por: ¿Cómo es que recurrió a nosotros para recibir tratamiento? \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Quiropráctico \_\_\_\_\_ Familia \_\_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_\_ ER \_\_\_\_\_

Otros (Designer) \_\_\_\_\_

\*Problema: ¿Cuál es el problema ortopédico o los síntomas que desea que evaluemos hoy? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (izquierdo/a, derecho/a)

Lesión \_\_\_\_\_ Accidente \_\_\_\_\_ Me desperté con \_\_\_\_\_ No lo sé \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿En una escala de 0 a 10 donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el peor dolor posible, cómo es su dolor hoy? \_\_\_\_\_

Describa su lesión o cómo empezó el problema \_\_\_\_\_

Médico que consultó antes \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**\*Radiografía Tomada Cuándo y Dónde** \_\_\_\_\_

**Médico de Cabecera** \_\_\_\_\_

Ciudad/Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Especialidad (marque una): Medicina interna \_\_\_\_\_ Medicina Familiar \_\_\_\_\_ Pediatría \_\_\_\_\_ Obstetricia-Ginecología \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

**\*\*SI PERTENECE A UNA HMO DEBE TENER UNA DERIVACIÓN PARA PODER RECIBIR ATENCIÓN\*\***

**Pacientes que Pagan:** Deben pagar al momento de recibir la atención a menos que se haya acordado otra cosa.

Método de Pago:

\_\_\_\_\_ PPO \_\_\_\_\_ HMO \_\_\_\_\_ POS \_\_\_\_\_ IME  
\_\_\_\_\_ Comp. Trabajador \_\_\_\_\_ Medicare \_\_\_\_\_ Abogado \_\_\_\_\_ Lesiones Personales  
\_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Auto Pago \_\_\_\_\_ Coche \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Nombre de Reclamo de Compensación del Trabajador \_\_\_\_\_ Teléfono de Abogado \_\_\_\_\_

**Seguro Primario** \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.° S.S. \_\_\_\_\_ N.° Póliza/Grupo \_\_\_\_\_

Empleador del asegurado \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario** \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.° S.S. \_\_\_\_\_ N.° Póliza/Grupo \_\_\_\_\_

Empleador del asegurado \_\_\_\_\_

Convento en pagar todos los costos y gastos, inclusive los honorarios de abogado razonables incurridos para cobrar el saldo impago.

Asignación: Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos a ILLINOIS ORTHOPEDIC AND SPORTSMEDICINE CENTERS por los servicios prestados.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_